Prodi Keperawatan
Semester 04

BAKTI HUSADA

Australia Indonesia Partnership for Health System Strengthening (AIPHSS)

Australian AID

Dokumentasi Keperawatan

Modul 2

Standar dan Model Dokumentasi Keperawatan

Pusdiklatnakes, Badan PPSDM Kesehatan
Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
2013
Hak cipta © Badan PPSDM Kesehatan, Kemenkes RI, 2013

No Kode : Keperawatan/WAT 4.09/1/2013

DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Modul 2 : Standar dan Model Dokumentasi Keperawatan

Penulis:

Abdul Ghofur, SKp.M.Kes

PENDIDIKAN JARAK JAUH PENDIDIKAN TINGGI KESEHATAN

Pusdiklatnakes, Badan PPSDM Kesehatan

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

2013

Daftar Isi

		Halaman
I.	PENDAHULUAN	5
II	KEGIATAN BELAJAR	
	Kegiatan Belajar 1. Standar Dokumentasi Keperawatan	6
A.	Tujuan Pembelajaran Umum	6
B.	Tujuan Pembelajaran Khusus	6
C.	Uraian Materi	
	(a) Pengertian standar dokumentasikeperawatan	9
	(b) Tujuan pembuatan standar dokumentasi keperawatan	9
	(c) Prinsip dokumentasi keperawatan	10
	(d) Komponen dokumentasi keperawatan	11
	(e) Standar dokumentasi dan indikator pencapaiannya	13
D.	Rangkuman	16
E.	Tugas Mandiri	16
F.	Test Formatif	17
G.	Umpan Balik	19

Kegiatan Belajar 2.Komponen model Dokumentasi Keperawatan		20
A.	Tujuan Pembelajaran Umum	20
B.	Tujuan Pembelajaran Khusus	20
C.	Uraian Materi	21
	(a) Pentingnya standar dokumentasi asuhan keperawatan	21
	(b) Karakteristik standar dokumentasi asuhan keperawatan	22
	(c) Standar Individual *Profesional Accountability*	22
	(d) Pencapaian indikator standar asuhan keperawatan	25
D.	Rangkuman	34
E.	Tugas Mandiri	35
F.	Test Formatif	35
G.	Umpan Balik	37

Kegiatan Belajar 3.Jenis model Dokumentasi Keperawatan 38

A. Tujuan Pembelajaran Umum 38

B. Tujuan Pembelajaran Khusus 38

C. Uraian Materi 39

(a) Model pendokumentasian SOR*(Source Oriented Record)* 39

(b) Model pendokumentasian POR (*Problem Oriented Record)* 42

(c)Model pendokumentasian CBE *(Charting by Exception)* 49

(d)Model pendokumentasian*Problem Intervention & Evaluation*(PIE) 50

(e) Model pendokumentasian *Focus (Process Oriented System)* 52

D. Rangkuman 54

E. Tugas Mandiri 54

F. Test Formatif 55

G. Umpan Balik 57

Kegiatan Belajar 4.Dokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan metode proses keperawatan 58

A. Tujuan Pembelajaran Umum 58

B. Tujuan Pembelajaran Khusus 58

C. Uraian Materi

(a) Dokumentasi pada pengkajian keperawatan 59

(b) Dokumentasi pada penentuan diagnosa keperawatan 63

(c) Dokumentasi pada intervensi keperawatan 68

(d) Dokumentasi pada pelaksanaan implementasi 69

Keperawatan

(e) Dokumentasi pada evaluasi keperawatan 74

D. Rangkuman 88

E. Tugas Mandiri 89

F. Test Formatif 89

G. Umpan Balik 91

III PENUTUP 92

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR ISTILAH 96

TEST AKHIR MODUL 97

Pendahuluan

Assalamualaikum Wr Wb, Salam sejahtera untuk kita semua, bagaimana pelajaran di modul 1? Saudara pasti telah menguasainya dengan baik. Nah saat ini anda akan mempelajari modul 2 . Apakah anda sudah siap mempelajarinya? Jika anda telah menyiapkan diri untuk mempelajarinya, maka modul ini akan membantu anda untuk memahami Standar dan Model Dokumentasi Keperawatan.

Setelah mempelajari modul ini diharapkan anda memahami tentang standar dokumentasi keperawatan dengan benar, beberapa model dokumentasi yang sesuai dengan tatanan pelayanan keperawatan dan cara pendokumentasiannya.

Modul ini terdiri dari empat kegiatan belajar yang terdiri dari

Kegiatan Belajar 1 : Standar Dokumentasi Keperawatan

Kegiatan Belajar 2 : Komponen model Dokumentasi Keperawatan

Kegiatan Belajar 3 : Jenis model Dokumentasi Keperawatan

Kegiatan Belajar 4 : Dokumentasi asuhan keperawatan

Metode pembelajaran pada modul ini mencerminkan adanya uraian atau penjelasan materi sebagai representasi tatap muka, tugas terstruktur dan tugas mandiri.Pada setiap kegiatan belajar akan dilengkapi tujuan pembelajaran dan pencapaian yang harus diraih, harus dipelajari dan dipahami terlebih dahulu. Setelah itu dilanjutkan dengan mempelajari materi dengan seksama, latihan dikerjakan serta melengkapi tugas yang telah disiapkan sebelum menginjak pada kegiatan belajar berikutnya. Anda dinyatakan berhasil apabila telah menguasai 80% dari penyelesaian tugas-tugas Anda. Setelah itu Anda dapat melanjutkan ke modul berikutnya.

Selamat Belajar dan Sukses Selalu untuk Anda

Standar Kompetensi Keperawatan

Kegiatan Belajar I

Tujuan Pembelajaran Umum
Tujuan Pembelajaran Khusus

TUJUAN
Pembelajaran Umum

Setelah melaksanakan kegiatan pembelajaran 1 ini diharapkan peserta didik mampu memahami tentang standar dokumentasi keperawatan.

TUJUAN
Pembelajaran Khusus

Mahasiswa mampu :

1. Memahami pengertian standar dokumentasi keperawatan
2. Menjelaskan tujuan pembuatan standar dokumentasi keperawatan
3. Menjelaskan prinsip dokumentasi keperawatan
4. Menjelaskan karakteristik standar dokumentasi keperawatan
5. Menjelaskan komponen dokumentasi keperawatan
6. Menjelaskan standar dokumentasi dan indikator pencapaiannya

POKOK

Materi

Pada Kegiatan Belajar 1 modul 2 pada mata kuliah dokumentasi keperawatan saudara akan mempelajari tentang standar dokumentasi keperawatan yang mempelajari pengertian tentang dokumentasi, pentingnya dokumentasi ada pada tatanan pelayanan keperawatan; tujuan standar dokumentasi keperawatan berisi tentang pembuatan standar perawatan, serta prinsip pembuatan dokumentasi keperawatan serta komponen dokumentasi yang menjelaskan tentang aspek yang penting dalam melakukan dokumentasi keperawatan beserta indikatornya.

Uraian Materi

Dokumentasi keperawatan merupakan komponen penting dari praktek keperawatan dan dokumentasi interprofessional yang terjadi dalam catatan kesehatan klien. Dokumentasi baik berupa kertas, elektronik, audio maupun visual dapat digunakan untuk memantau kemajuan klien serta dapat dijadikan alat komunikasi dengan tenaga kesehatan lainnya. Hal ini juga mencerminkan perawatan yang diberikan kepada klien. Standar praktek ini menjelaskan peraturan dan persyaratan hukum untuk dokumentasi keperawatan. Standar ini juga untuk membantu perawat memahami dan menerapkan standar praktek sesuai dengan tatanan layanan dimana perawat tersebut bertugas.

Setelah memberikan asuhan keperawatan kepada klien dan keluarga, dokumentasi merupakan yang tidak bisa di pisahkan, terutama dalam pencapaian mutu kualitas pelayanan asuhan. Setiap pelaksanaan tugas dalam keperawatan, harus ada bukti yang tercatat dan nantinya bila ada sesuatu yang terjadi bisa ditelusuri semenjak awal dari dokumentasi keperawatan yang telah dibuat

Dokumentasi keperawatan adalah 'bukti otentik' yang dituliskan dalam format yang telah tersedia dan dibubuhi dengan inisial dan tanda tangan/ paraf nama perawat dan juga menyatu dalam rekam medis pasien. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien, maka setiap langkah dari proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, penentuan diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan harus masuk dalam dokumentasi keperawatan.

Standar dokumentasi adalah pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi dipertimbangkan secara baik untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedomen khususnya pendokumentasian dalam tindakan keperawatan. Perawat memerlukan standar dokumentasi sebagai petunjuk dan arah sebagai penyimpangan dan teknik pencatatan yang benar.

Pemenuhan kebutuhan klien dan askep harus memenuhi standar

profesi. Standar perlu diobservasi sehingga perawat, pasien akan dilindungi dari kesalahan.

A. Mengapa dokumentasi perawatan penting?

Dokumentasi perawatan mampu mengidentifikasi kebutuhan asuhan keperawatan klien, mencerminkan sudut pandang klien serta memberikan informasi pola asuhan keperawatan berkesinambungan dan menjadi alat komunikasi antar tim kesehatan lainnya. Melalui dokumentasi juga, informasi palayanan keperawatan riwayat keperawatan pasien dapat dilacak manakala di perlukan secara hukum.

Dokumentasi perawatan juga mampu menunjukkan komitmenperawat untukmemberikanperawatan yang aman, efektif dan ber-etikadengan menunjukkanakuntabilitasuntuk praktek professional. Hasil dokumentasi merupakan bukti perawattelahmenerapkan terapiterhadap klienterbina, pengetahuan, keterampilandan pengambilan keputusan perawat berdasarkan pertimbangan professional sesuai dengan standar pelayanan keperawatan yang ditetapkan.

B. Tujuan Standar Dokumentasi Keperawatan

Standar dokumentasi keperawatan perlu dibuat bertujuan untuk

1) Mengetahui kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan
2) Mengetahui mutu asuhan keperawatan
3) Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan
4) Meningkatkan kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan
5) Menurunkan biaya perawatan
6) Melindungi kepentingan pasien dan perawat

C. Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Prinsip dokumentasi keperawatan menjelasakan tentang peraturan dan persyaratan untuk melaksanakan dokumentasi keperawatan. Untuk membantu perawat memahami dan menerapkan standar praktek pelayanan keperawatan, ada baikya mengetetahui tentang prinsip pendokumentasian dalam keperawatan.

Pada prinsipnya pendokumentasiandalam pelayanan keperawatan akan memberikan informasi tentang:

1. Mencerminkan sudut pandang klien terhadap pelayanan yang diberikan oleh perawat, mengidentifikasi kualitas pemberi asuhan dan catatan pelaksanaan asuhan keperawatantermasuk hasil kesehatan klien saat ini
2. Mempromosikan kesinambungan pelayanan keperawatan melalui komunikasi antarprofesi.
3. Mampu menunjukkan komitmen perawat untuk memberikan perawatan yang aman, kompeten dan etis.
4. Menunjukkan bahwa perawat telah menerapkan pengetahuan keperawatan,

   keterampilan dan penilaian yang diperlukan olehstandar profesional dan etika, perundang-undangan yang relevan sesua kebijakan rumah sakit

Ketika akan menuliskan dokuementasi yang efektif perawat harus mengikuti kaidah-kaidah sebagai berikut :

1) *Simplicity* : menggunakan kata – kata dasar, sederhana dan mudah dipahami

2) *Conservatism* : pendokumentasian kesimpulan diagnosa keperawatan harus akurat, didasarkan informasi yang terkumpul.

3) *Ptience* : Pergunakan waktu yang cukup untuk mengetahui apa yang terjadi pada pasien dan apa yang dilakukan pasien

4) *Irrefutability* : pendokumentasian yang jelas dan obyektif

D. Karakteristik Standar Dokumentasi Keperawatan

Karakteristik standar dokumentasi keperawatan dibuat berdasarkan

a) Umum

Standar dokumentasi keperawatan di tetapkan oleh PPNI, berdasarkan definisi keeperawatan dan proses keperawatan untuk menunjukkan tingkat kualitas sesuai tujuan yang spesifik, mudah dipahami, yang dapat memandu tindakan keperawatan, dilaksanakan oleh semua perawat disistem pelaksanaan kesehatan dapat dicapai dan meningkatkan tingkat praktik yang baik serta dapat diakses oleh yang memerlukan yang terpublikasikan.

b) Karakteristik standar dokumentasi dilihat dari sudut pandang perawat.

Karakteristik ini membarikan panduan bagi perawat untuk memberikan pertanggung jawaban yang professional, yang mampu meningkatkan kepuasan perawat sesuai dengan prosedur standar yang harus di taati dengan kriteria hasil yang dapat mengevaluasi asuhan keperawatan, memberikan kerangka bagi pendekatan sistematis untuk pengambilan keputusan prektek keperawatan.

c) Karakteristik standar dokumentasi dilihat dari sudut pandang klien

Berdasarkan sudut pandang klien, karakteristik ini memungkinkan klien memberikan ide pertanggung jawaban terhadap kualitas asuhan keperawatan, meningkatkan kepuasan klien dan merefleksikan hak klien. Karakteristik standar dokumentasi ini memberikan penetapan terhadap pelayanan keperawatan dan keuntungan bagi klien serta model pelayanan keperawatan yang sesuai.

Standar praktik ini menjelaskan peraturan dan persyaratan hukum untuk dokumentasi keperawatan. Dalam pelaksanaannya dokumentasi dibagi menjadi tiga pernyataan standar yang menggambarkan prinsip-prinsip praktek secara luas.

Setiap pernyataan diikuti dengan indikator yang sesuai yang menguraikan tanggung jawab dan akuntabilitas disertai bimbingan untuk melaksanakan penerapan pernyataan standar.

Pernyataanstandarmenggambarkanprinsip panduan praktik secara umum bagi perawat, sedangkan indikator merupakan pernyataan standar dalam mencapai prinsip sesuai dengan praktik pada tatanan pelayanan keperawatan secara spesifik.

Komponen standar dokumentasi lengkapmenunjukkan standar sebagai berikut:

1) Komunikasi
2) Akuntabilitas
3) Keamanan

Standar I : Komunikasi

Perawat melakukan dokumentasi yang berisi informasi yang akurat, relevan dan komprehensif mengenai kondisi klien, kebutuhan klien, intervensi keperawatan dan hasil kesehatan klien,

Indikator Perawat

a) Memberikan tanda tangan lengkap atau inisial, dan gelar profesional dengan semua dokumentasi;

b) Memberikan tanda tangan lengkap, inisial dan penunjukan pada daftar master saat initialling dokumentasi;

c) Memastikan bahwa dokumentasi tulisan tangan terbaca dan selesai pada tinta permanen;

d) Menggunakan singkatan dan simbol tepat dengan memastikan bahwa

masing-masing memiliki interpretasi yang berbeda dan muncul dalam daftar dengan penjelasan penuh disetujui oleh pengaturan organisasi atau praktek;

e)Mendokumentasikan saran, perawatan atau layanan yang diberikan kepada individu dalam kelompok, kelompok, komunitas atau populasi (misalnya, sesi pendidikan kelompok);

f) Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan ketika menggunakan

informasi dan *telekomunikasi technologies* (misalnya, memberikan nasihat telepon);

g) Mendokumentasikan *inform consent*ketika perawat memberikan pengobatan atau intervensi tertentu danadvokasi kebijakan dokumentasi yang jelas dan prosedur yang konsisten dengan Standar Asuhan Keperawatan (SAK).

Seorang perawat dapat memenuhi standar berdasarkan:

a) Memastikan dokumentasi yang merupakan catatan lengkap tentang asuhan keperawatan disediakan dan mencerminkan semua aspek proses keperawatan, termasuk penilaian, perencanaan, intervensi (independen dan kolaboratif) dan evaluasi;

b) Mendokumentasikan informasi baik berupa obyektif maupun data subjektif;

c) Memastikan bahwa rencana perawatan jelas, saat ini, relevan dan individual untuk memenuhi kebutuhan klien dan keinginan;

d) Meminimalkan duplikasi informasi dalam catatan kesehatan;

e) Mendokumentasikan komunikasi yang signifikan dengan anggota keluarga / orang lain yang signifikan, pengganti pengambil keputusan dan penyedia

perawatan lainnya;

f) Memastikan bahwa informasi perawatan klien yang relevan disimpan dalam dokumen hard copy sementara (seperti KARDEX, laporan shift atau buku komunikasi) ditangkap dalam catatan kesehatan permanen. Sebagai contoh, jika sistem elektronik tidak tersedia, perawat harus memastikan bahwa informasi yang ditangkap dalam dokumen sementara yang dimasukkan dalam sistem elektronik bila telah tersedia lagi

Standar 2: Akuntabilitas dan Kewajiban

Perawat dokumen sesuai dengan standar profesional dan etika, peraturan dan kebijakan yang relevan dari rumah sakit.

Indikator Perawat:

2.1 Pendokumentasian perawatan dilakukan sesegara mungkin setelah tindakan perawatan dilakukan

2.2 Penulisan tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan perawatan.

2.3 Dokumentasidi buat berdasarkan urutan kronologis kejadian

2.4 Pendokumentasian tidak boleh meninggalkan baris kosong pada lembar dokumentasi perawat harus menutup bagian yang kosong itu dengan garis yang memenuhi lembar dokumentasi. Bilamana dokumentasi menggunakan sistem elektronik perawat harus menahan diri sampai koreksi entri yang keliru sambil memastikan bahwa informasi asli tetap terlihat sesuai dengan kebijakan aturan rumah sakit.

2.5 Mengoreksientrikelirusambil memastikanbahwainformasi aslitetap terlihat

2.6 Dilarang menghapus, mengubah ataumemodifikasidokumentasiorang lain

2.7 Dokumenapapunyang tak terduga, kejadian tak terdugaatau abnormal untuk klien, harus di rekam berdasarkan fakta kejadian dengan berkaitan dengan proses perawatan

Standar 3: Keamanan

Perawat melindungi klien terhadap informasi kesehatan dengan menjaga kerahasiaan dan menyimpan informasi sesuai dengan prosedur yang konsisten sesuai dengan standar profesional dan etika berdasarkan peraturan perundang-undangan yang relevan

Indikator Perawat

3.1 Memastikan bahwa informasi perawatan klien yang relevan diambil dalam catatan kesehatan klien, seperti yang didefinisikan oleh kebijakan rumah sakit

3.2 Mempertahankankerahasiaan klieninformasi kesehatan, termasuk password atau informasi yang diperlukan untuk mengakses catatan kesehatan klien;

3.3 Memahami dan mematuhi kebijakan, standar dan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan kerahasiaan, privasi dan keamanan;

3.4 Mengakses informasi hanya perawat yang memiliki kebutuhan profesional untuk memberikan perawatan;

3.5 Menjaga kerahasiaanklien lain dengan menggunakan inisial atau kode ketika mengacu pada klien lain dalam catatan kesehatan klien (misalnya, menggunakan inisial ketika mengutip teman sekamar klien)

3.6 Memfasilitasi hak-hak klien untuk mengakses informasi kesehatan tentang dirinya

3.7 Memeriksa dan mendapatkan salinan catatan kesehatan, seperti yang didefinisikan oleh kebijakan rumah sakit

3.8 Memperoleh persetujuan dari klien atau pengganti pengambil keputusan untuk menggunakan dan mengungkapkan informasi kepada orang lain di luar lingkaran perawatan, sesuai dengan peraturan yang relevan

3.9 Menggunakan metode yang aman untuk mengirimkan informasi kesehatan klien (misalnya, menggunakan garis aman untuk fax atau e-mail)

4.0 Mempertahankan catatan kesehatan untuk periode kebijakan dan peraturan organisasi menetapkan bila diperlukan sebagai bagian dari tanggung jawab perawat, dan

4.1 Memastikan penghancuran dokumen yang aman dan rahasia dokumen tetap terjaga.

Rangkuman

Berdasarkan uraian materi di atas, dokumentasi perawatan memerlukan standar penulisan dokumentasi yang ditetapkan oleh rumah sakit dengan dukungan organisasi profesi. Standar dokumentasi yang lengkap harus memenuhi kriteria standar komunikasi, akuntabilitas dan kewajiban dan keamanan.

Standar dokumentasi bertujuan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, meningkatkan kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan, menurunkan biaya perawatan dan melindungi kepentingan pasien dan perawat. Standar dokumentasi juga harus mencerminkan sudut pandang klien terhadap pelayanan yang diberikan oleh perawat, mengidentifikasi kualitas pemberi asuhan dan catatan pelaksanaan asuhan keperawatantermasuk hasil kesehatan klien.

Tugas Mandiri

1. Coba jelaskan mengapa dokumentasi keperawatan memerlukan standar ?
2. Seberapa pentingkah dokumentasi bagi perawat?
3. Coba disikusikan dengan rekan anda, bagaimana penerapan standar dokumentasi di tempat anda bekerja? Buat analisis kekurangan dan kelebihan yang ada?

Tes Formatif

Pelajari dengan baik sampai saudara memahami materi yang ada pada kegiatan belajar 1, setelah itu silahkan menjawab soal di bawah ini.

***Perhatian**: pada saat mengerjakan tes formatif dimohon untuk tidak membaca umpan balik terutama kunci jawaban yang tersedia.*

Petunjuk I Pilihlah salah satu jawaban yang saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang pada option yang tersedia

Petunjuk II Pilihlah jawaban yang tersedia bila

A. 1,2,3 benar
B. 1,3 benar
C. 2,4 benar
D. 4 benar
E. 1,2,3,4 benar

1. Pernyataan di bawah ini yang menunjukkan pentingnya dokumentasi perawatan adalah :
   a. Dokumentasi perawatan mampu mengidentifikasi kebutuhan asuhan keperawatan klien
   b. Mencerminkan sudut pandang klien
   c. Memberikan informasi pola asuhan keperawatan berkesinambungan
   d. Alat komunikasi antar tim kesehatan lainnya

2. Aspek untuk menentukan standar dokumentasi keperawatan :
   a. Aspek klien
   b. Aspek umum
   c. Aspek perawat

d. Aspek hukum

3. Unsur yang harus ada saat perawat melakukan dokumentasi adalah

a. Inisial, paraf, tgl, jam dan tindakan

b. Nama, paraf dan tindakan

c. Gelar profesional, paraf, jam dan tanggal

d. Gelar profesional, paraf, jam dan tindakan

e. Inisial, waktu, dan tindakan perawatan

4. Prinsipnya pendokumentasian dalam pelayanan keperawatan akan memberikan nformasi tentang :

a. Mencerminkan sudut pandang klien terhadap pelayanan yang diberikan oleh perawat

b. Mengidentifikasi kualitas pemberi asuhan dan catatan pelaksanaan asuhan keperawatantermasuk hasil kesehatan klien saat ini

c. Mempromosikan kesinambungan pelayanan keperawatan melalui komunikasi antarprofesi.

d. Mampu menunjukkan komitmen perawat untuk memberikan perawatan yang aman, kompeten dan etis.

5. Standar dokumentasi keperawatan perlu dibuat bertujuan untuk

a. Mengetahui mutu asuhan keperawatan

b. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan

c. Menurunkan biaya perawatan

d. Melindungi kepentingan pasien dan perawat

Umpan Balik

Apakah saudara sudah mengerjakan tugas mandiri? Bagaimana menurut anda? Apakah anda sudah bias memahami materi tersebut? Berdasarkan konsep yang telah dipelajari, bagaimana dengan pelaksanaan di tempat saudara bekerja?

Bagaimana dengan test formatif anda? Coba cek ulang berdasarkan kunci jawaban yang tersedia (**kunci: 1. E, 2. A, 3.A, 4.E, 5. A**) Berapa yang benar? Minimal 3 benar jika telah lebih berarti anda telah siap untuk melanjutkan pada kegiatan belajar berikutnya.

Kegiatan Belajar II

Tujuan Pembelajaran Umum
Tujuan Pembelajaran Khusus

TUJUAN
Pembelajaran Umum

Setelah melaksanakan kegiatan pembelajaran 2 pada modul 2 ini diharapkan peserta didik mampu memahami tentang komponen modul dokumentasi keperawatan.

TUJUAN
Pembelajaran Khusus

Mahasiswa mampu menjelaskan tentang:

1. Menjelaskan pentingnya standar dokumentasi asuhan keperawatan
2. Menjelaskan karakteristik standar dokumentasi asuhan keperawatan
3. Menjelaskan Standar Individual *Profesional Accountability*
4. Menjelaskan pencapaian indikator standar asuhan keperawatan

Pada Kegiatan Belajar 2 modul 2 pada mata kuliah dokumentasi keperawatan saudara akan mempelajari tentang pentingnya standar dokumentasi asuhan keperawatan yang mempelajari pentingnya dokumentasi dalam pelayanan asuhan keperawatan, karakteristik standar dokumentasi asuhan keperawatan berisi tentang ketentuan pembuatan standar dokumentasi keperawatan.

Uraian Materi

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat.

Dokumentasi ini penting karena pelayanan keperawatan yang diberikan pada klien membutuhkan catatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai kemungkinan masalah yang dialami klien baik masalah kepuasan maupun ketidak puasan terhadap pelayanan yang diberikan.

Standard Proses Keperawatan berkaitan dengan kegiatan keperawatan profesional yang ditunjukkan oleh perawat melalui proses keperawatan berdasarkan standar yang telah disepakati oleh organisasi profesi. Aktifitasnya melibatkan pengkajian, penentuan diagnosa, identifikasi hasil, perencanaan pelaksanaan, dan evaluasi.

Dokumentasi dalam catatan individu memfasilitasi komunikasi antara para profesional dari berbagai disiplin ilmu dan shift yang berbeda. Ini menyediakan informasi sehingga penyedia layanan kesehatan dapat memberikan perawatan secara terkoordinasi. Informasi dalam catatan individu merupakan sumber data.

Untuk jaminan kualitas dan programpeer review. Pembayaran jasa asuransi sebagian didasarkan pada kualitas dan ketepatan waktu asuhan keperawatan tercermin dalam catatan individu. Sehingga dokumentasi perawatan yang diterima individu dapat berfungsi sebagai dokumen hukum yang dapat dimasukkan ke dalam proses pengadilan sebagai catatan perawatan orang yang diterima.

A. Pentingnya Standar Dokumentasi

Standar keperawatan merupakan pernyataan yang menjelaskan ten-

tang kualitas yang diharapkan dari berbagai askpek praktik keperawatan, dimana hal tersebut imencerminkan kualitas karakteristik tindakan keperawatan, kekayaan ketrampilan berbasis tehnologi serta performa yang diharapkan yang sesuai dengan standar pelayanan keperawatan

Dalam pelaksanaannya, perawat perlu membuat standar dokumentasi untuk menunjukkan arah dokumen dalam penyimpanan dan tehnik pencatatan yang benar. Oleh karena itu standar harus dipahami oleh teman sejawat dan tenaga kesehatan professional lainnya, termasuk tim akreditasi.

Bagi perawat lainnya informasi tentang catatan perawaran yang akurat dan informasi yang bermanfaat mempunyai hak untuk memperoleh informasi sesuai dengan standar yang berlaku. Jika standar dappat diobservasi, perawat, pekerja, dan pasien akan dihargai dan dilindungi daari kesalahan

C. Karakteristik Standar Keperawatan

Karakteristik standar keperawatan secara umum harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

1. Standar di buat dan di bentuk oleh lembaga yang diakui oleh negara
2. Berdasarkan pada definisi keperawatan dan proses keperawatan yang sudah ditentukan
3. Mendefinisikan suatu tingkat kualitas atau pelaksanaan yang sesuai terhadap tujuan yang spesifik
4. Dapat diterapkan oleh perawat pada semua tatanan pelayanan kesehatan
5. Menjelaskan kondisi keamanan minimum pada setiap tindakan dalam praktik
6. Memberikan petunjuk terhadap tindakan keperawatan
7. Dinyatakan dengan istilah yang rasional, jelas, dan mencakup secara luas
8. Dapat dipertahankan dan dipromosikan pada tatanan kesehatan yang optimal

9. Standar dipublikasikan terutama terhadap perkembangan yang baru yang perlu diperhatikan.

10. Bahasa yang digunakan mudah dimengerti dan bermakna yang mudah dioperasinalkan oleh perawat.

11. Standar dapat di akses oleh siapa yang memerlukan

D. Standar *Individual Profesional Accountability*

Standar ini menjelaskan bagaimana perawat bertanggung jawab dalam melakukan pendokumentasian praktik keperawatan. Tanggung jawab untuk bekerja yang terbaik dalam praktik keperawatan meliputi kegiatan dokumen-tasi

yang dilaksanakan baik secara independen maupun interdependen.

D.1 Standar Tindakan Keperawatan

Dalam melaksanakan tindakan perawatan, perawat memiliki tanggung jawab :

1. Memberikan pelayanan dengan menghargai klien sebagai mahluk hidup
2. Melindungi hak pasien
3. Mempertahankan kompetensi dalam tindakan keperawatan dan-mengenali pasien dengan baik serta menerima tanggung jawab pribadi-terhadap tindakannya
4. Melindungi pasien jika tindakan dan keselamatannya terancam yang diakibatkan oleh orang lain yang tidak kompeten, tidak etis dan ilegal
5. Menggunakan kemampuan individu sebagai kriteria untuk mener-ima tanggung jawab dan tugas limpah dalam tindakan keperawatan kepada tenaga kesehatan lainnya
6. Partisipasi dalam kegiatan riset jika hak responden dilindungi
7. Partisipasi dalam kegiatan profesi keperawatan untuk meningkatkan standar praktik/pelayanan keperawatan dan pendidikan
8. Meningkatkan dan mempertahankan kualitas keperawatan tenaga perawat lainnya dengan partisipasi dalam kegiatan profesi
9. Mempromosikan kesehatan dengan bekerjasama dengan masyarakat

dan tenaga kesehatan lainnya

10. Menolak untuk memberikan persetujuan untuk promosi atau menjual produk komersial, pelayanan atau hiburan lainnya.

D.2 Lingkup Kegiatan Independen

Tanggung jawab perawat yang independen dalam kegiatan dokumentasi, meliputi ;

a. Menjaga akurasi, terhadap catatan pelayan keperawatan.
b. Mencatat semua tindakan keperawatan yang digunakan untuk mengurangi atau mencegah resiko pasien dan mempertahankan keselamatan pasien.
c. Mencatat semua tindakan keperawatan pasien/mencatat semua respon terhadap tindakan.
d. Mencatat semua komponen proses keperawatan sesuai dengan waktu pelaksanaannya.

D.3 Lingkup Kegiatan Interdependen

Kegiatan interdependen merupakan aktivitas keperawatan yang dilakukan secara tim dengan profesi keesehatan lainnya. Pengetahuan, ketrampilan dan focus praktik keperawatan merupakan aktivitas yang interdependen. Selama kegiatan interdependen, perawat membuat rencana keperawatan dengan anggota tim kesehatan lain (dokter, farmasi, ahli gizi, fisiotherapis).

Kegiatan dalam dokumentasi keperawatan yang interdependen meliputi:

1. Pengukuran tanda – tanda vital
2. Penghisapan secret
3. Pengaturan posisi
4. Informasi dari rekaman cardiac

E. Standar Tanggung Jawab Profesi Keperawatan

Tanggung jawab profesi keperawatan dalam pendokumentasian keperawatan,

meliputi :

1. Menggunakan standar untuk pencatatan dan penyimpanan
2. Memberikan masukan sebagai suatu "code"
3. Menggunakan kebijaksanaan tenaga keperawatan untuk pencatatan
4. Melaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan praktik keperawatan dan multidisiplin profesi keperawatan
5. Memprioritaskan masalah dan kebutuhan klien
6. Memenuhi permintaan kelompok

F. Standar Disusun oleh Pelayanan Kesehatan\

Standar pelayanan kesehatan meliputi:

a. Isi setiap data masuk, meliputi tanggal, waktu, aspek legal, judul dan identifikasi individu/perawat.
b. Penggunaan singkatan dan symbol yang disepakati
c. Prosedur koreksi jika ada kesalahan
d. Orang yang berwenang untuk memasukkan data
e. Prosedur untuk pencatatan perintah verbal
f. Tanggal pencatatan
g. Akses terhadap pencatatan klien
h. Penggunaan formulir standar
i. Prosedur untuk pencatatan tindakan pengobatan.

G. Standar Proses Keperawatan

Proses keperawatan dijadikan dasar dalam pengambilan keputusan klinis dan mencakup semua tindakan signifikan yang diambil oleh perawat dalam memberikan pelayanan kepada semua pasien.

1) **Standar I : Pengkajian**

Suatu prosesdinamis dimana perawat, melalui interaksi dengan klien, orang lain yang signifikan, dan penyedia layanan kese-

hatan, mengumpulkan dan menganalisis data tentang klien. Penilaian lebih luas daripada mengamati dan mengumpulkan data.

Ini mencakup penerapan proses seperti berpikir kritis dan penilaian profesional yang digunakan dalam memprioritaskan, mengidentifikasi kebutuhan yang mendesak dan diantisipasi, menganalisa implementai medis dan keperawatan ditujukan untuk hasil yang tepat, dan menyediakan kontinum perawatan holistik "(ANA, 2008).

Pengkaijan merupakanlangkah pertama dalamproses keperawatan dan melibatkanpengumpulansistematis dandisengaja informasiuntuk menentukan statusfungsional dankesehatan seseorangsaat ini danmasa lalu. Selain itu,selama pengkajiankeperawatanperawat mengevaluasisekarang dan masa lalupola kopingorang tersebut. Informasiuntukpengkajian keperawatandiperoleh melaluiwawancara denganorang ataukeluarga ataustaf yang sesuaianggota, pemeriksaan fisik, observasi, review catatan, dan kolaborasi dengan profesionalkesehatan lainnya.

Standar pengkajian keperawatan meliputi

1. Penilaian dan pengumpulan data
   a) Komponen pengkajian proses Keperawatan meliputi:
      1) Tentukan kondisi fisik orang dengan cara observasi atau laporan
      2) Data yang dikumpulkan sesuai dengan kondisi pasien disusun secara sistematis berdasarkan hasil pengkajian maupun laporan
      3) Menentukan status kesehatan saat ini dan menganalisis potensi perubahan status tersebut
      4) Mengevaluasi pola koping pasien pada masa sekarang maupun masa lalunya.
      5) Menganalisis data yang dikumpulkan, mengidentifikasi masalah, dan merekomendasikan implementai

   b) Proses pengkajian harus mencakup pertimbangan sebagai berikut:

1) Kondisi biofisik (meliputi diagnosa medis dan rencana perawatan)

2) Masalah lingkungan psikososial

3) Kemampuan merawat diri/*defisit self care*

4) Identifikasi kebutuhan pendidikan kesehatan bagi klien

c) Pengkajian keperawatan dapat dilakukan dengan cara pemeriksaan langsung melalui pemeriksaan fisik, observasi, wawancara dan tidak langsung dengan melihat data dokumen perawatan sebelumnya mau pun keluarga

d) Pengunpulan data melibatkan pasien, keluarga, dan pemberi perawatan lain jika sesuai.

e) Prioritas aktivitas pengumpulan data ditentukan oleh kondisi pasien yang segera atau sesuai kebutuhan.

f) Data yang berhubungan dikumpulkan menggujakan tekhnik pemgka jian dan instrumen yang tepat.

g) Data yamg relevan di dokumentasikan dalam format yang dapat di peroleh kembali.

e) Proses pengumpulam data bersifat sisitematik dan berkelanjutan.

2) Standar II : Diagnosa Keperawatan

Penentuan diagnostik adalah langkah kedua dalam proses keperawatan dan melibatkan analisis informasi yang diperoleh selama tahap penilaian dan evaluasi atas status kesehatan seseorang berdasarkan informasi tersebut. Diagnosa keperawatan sebagai komponen proses keperawatan adalah untuk mencerminkan penilaian klinis perawat tentang respon seseorang untuk kondisi kesehatan aktual atau potensial atau kesejahteraan.

Perawat menganalisis data pengkajian dalam menetapkan diagnosis dengan pertimbangan sebagai berikut

a) Diagnosis berasal dari pengkajian.

b) Diagnosis divalidasi bersana pasien, keluarga, dan pemberi perawatan-lain, jika memungkinkan dan sesuai.

c) Diagnosis didokumentasikan dengan cara yang memudahkan penetapan hasil yang diharapkan dan memudahkan rencana perawatan.

Kriteria Pengukuran

1) Diagnosa keperawatan dan/atau pernyataan masalah berasal dari data pengkajian.
2) Menidentifikasi secara interpersonal, sistemik, atau lingkungan keadaan, yang mempengaruhi kesejahteraan pasien, keluarga atau masyarakat.
3) Diagnosis didasarkan pada kerangka diterima yang mendukung pengeta huan keperawatan yang tepat dan penilaian yang digunakan dalam men ganalisis data.
4) Diagnosa sesuai dengan sistem klasifikasi diterima, seperti NANDA, Klas-ifikasi Internasional Penyakit (WHO 1993), Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental dan standar lembaga yang digunakan dalam pengatur-an praktek.
5) Diagnosis dan faktor risiko divalidasi dan diprioritaskan sesuai kondisi pasien, orang yang bermakna, dan penyedia perawatan kesehatan lainnya yang sesuai dan memungkinkan.
6) Diagnosa mengidentifikasi masalah kesehatan aktual atau potensial yang berkaitan dengan:
   a. Pemeliharaan kesehatan yang optimal dan kesejahteraan dan pencega-han masalah kesehatan psychobiological; keterbatasan perawatan diri atau gangguan fungsi yang berhubungan dengan tekanan mental dan emo-sional atau retardasi mental
   b. Defisit dalam fungsi sistem biologis, emosional dan kognitif yang sig nifikan
   c. Perubahan konsep diri, masalah perkembangan, dan perubahan proses kehidupan

d. Masalah yang berkaitan dengan emosi seperti kecemasan, agresi, sedih, kesepian, dan kesedihan

e. Sistem fisik yang terjadi bersama dengan fungsi diubah psikologis,

kecanduan, atau keterlambatan perkembangan

f. Kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain

g. Perilaku dan kondisi mental yang menunjukkan pasien adalah bahaya bagi diri sendiri atau orang lain atau memiliki cacat berat

h. Interpersonal, keadaan sosial/etnis/budaya, spiritual atau lingkungan sistemik atau kejadian yang berpengaruh pada mental dan emosional kesejahteraan masyarakat pasien, keluarga atau, dan manajemen gejala, efek samping/ toksisitas terkait dengan implementai *psychopharmacological* dan aspek lain dari rejimen pengobatan.

i. Perawatan dasar logis untuk implementai prioritas bertumpu pada identifikasi diagnosa keperawatan yang memandu promosi kesehatan, kesehatan pengurangan masalah dan rehabilitasi.

j. Diagnosa keperawatan dan kondisi klinis didokumentasikan dengan cara mengidentifikasi kondisi pasien dan penggunaannya dalam rencana perawatan dan penelitian.

3) Standar III : Identifikasi Hasil

Perawat mengidentifikasi hasil individual yang diharapkan pasien

a) Hasil berasal dari diagnosis

b) Hasil dirumuskan bersama pasien, keluarga, dan pemberi perawatan lain, jika memungkinkan dan sesuai.

c) Hasil secara kultural sesuai dan realistik dalam hubungannya dengan keberadaan dan potensi kemmampuam pasien.

d) Hasil dapat dicapai dalam hubungannya dengan sumber yang tersedia untuk pasien.

e) Hasil mencakup prediksi waktu untuk pencapaian tujuan.

f) Hasil memberi arahan untuk kontinuitas perawatan.

g) Hasil didokumentasikan sesuai tujuan yang dapat diukur.

4) Standar IV : Perencanaan

Rencana keperawatan merupakan dokumen perawatan terhadap pola respon manusia yang akan ditangani oleh implementai keperawatan, tujuan dan panduan setiap perawat untuk melakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan pasien dan memberikan kriteria hasil untuk pengukuran kemajuan pasien. Atas dasar rencana ini, perawat berkontribusi secara efektif dengan perumusan rencana perawatan interdisipliner dan implementai terapeutik yang kolaboratif.

Perawat membuat rencana keperawatan yang menentukan implementai untuk mencapai hasil yang diharapkan dengan ketentuan sebagai berikut:

a) Rencana perawatan individual pada pasien dan kondisi atau kebutuhan pasien.

b) Rencana perawatan dikembangkan bersama pasien, keluarga, dan pemberi perawatan lain, jika memungkinkan dan sesuai.

c) Rencana perawatan mereflesikan praktik keperawatan saat ini.

d) Rencana perawatan memungkinkan kontinuitas perawatan.

e) Prioritas keperawatan ditetapkan.

f) Rencana perawatan didokumentasikan.

g) Komponen perencanaan proses keperawatan adalah untuk membuat perencanaan perawatan yang bertujuan untuk menentukan tujuan dan implementai yang akan diberikankepada orang tersebut untuk mempromosikan, memelihara, atau memulihkan kesehatan mereka, mencegah penyakit.

h) Melibatkan pasien dan keluarga dalam rencana perawatan.

i) Mengelompokan data berdasarkan permasalahan yang dikelompokkan

sesuai prioritas masalah, yang memberikan kontribusi pada identifikasi tujuan yang realistis dan terukur.

j) Revisi/perbaikan dari dokumentasi yang tidak sesuai dengan standar pelayanan di tuliskan secara terpisah.

Kriteria Pengukuran

1. Rencananya bersifat individual, disesuaikan dengan masalah kesehatan pasien,

   kondisi atau kebutuhan psikoterapi dan fisiologis dan menggunakan proses

   keperawatan.

2. Mengidentifikasi prioritas perawatan dalam kaitannya dengan hasil yang

   diharapkan

3. Tujuan yang realistis negara dalam hal perilaku dan atau terukur dengan tanggal

   diharapkan prestasi

4. Mengidentifikasi implementai psikoterapi dan fisiologis yang efektif untuk mencapai hasil

5. Menentukan implementai yang mencerminkan praktik keperawatan saat ini dan

   penelitian

6. Mencakup program pendidikan berkaitan dengan masalah kesehatan pasien,

   pengobatan dan aktivitas perawatan diri

7. Menunjukkan tanggung jawab perawat dan pasien, dan dapat mencakup

   tanggung jawab anggota tim interdisipliner untuk melaksanakan rencana

   perawatan

8. Melakukan intervensi yang tepat dan bervariasi sesuai dengan kebutuhan unik

pasien, untuk mencapai tujuan tertentu.

9. Memberikan arahan untuk kegiatan perawatan pasien didelegasikan oleh perawat ke penyedia layanan lainnya.
10. Menyediakan rujukan yang sesuai dan manajemen kasus untuk memastikan kesinambungan perawatan
11. Menetapkan proses perencanaan yang menyediakan konsultasi, rujukan, dan tindak lanjut bagi pasien
12. Menggunakan strategi yang sistematis untuk memantau berkembang status kesehatan pasien dan untuk mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan.
13. Rencana ini dikembangkan bekerjasama dengan pasien, bila perlu keluarga terdekat dan anggota tim interdisipliner

14 Rencana tersebut didokumentasikan dengan cara yang memungkinkan akses

oleh anggota tim lainnya dan modifikasi rencana bila diperlukan

6) **Standar VI : Implementasi**

Dalam melaksanakanrencana perawatan, perawat menggunakanberbagaiimplementasi yang dirancang untukmencegah masalahkesehatan mental dan fisikserta mempromosikan, memelihara, danmemulihkan kesehatanmental dan fisik. Perawatmemilihimplementaisesuai dengan levelpraktek.

Kriteriapengukuran

1. Implementasiyang dipilih berdasarkankebutuhan dan/atau keinginandari pasien yang sesuai dengan standar praktik keperawatan.
2. Implementasiyang dipilih sesuaitingkatperawatpraktek, pendidikan, dan sertifikasi.
3. Implementasi diterapkan dalamrencanadidirikanperawatan.

4. Implementasi dilakukandengan cara yang aman, etis dansesuai.
5. Implementasi didokumentasikan.
6. Implementasi yang disesuaikan denganperubahan kebutuhanpasien dan-situasi, menggunakanpengetahuan danprinsip-prinsipdalam proses pengambilan keputusan.

7. Pengetahuan dan prinsip-prinsip modalitas pengobatan yang relevan saat ini digunakan untuk membantu pasien dalam memahami dan mengatasi-masalah kesehatan merekaaktual atau potensial.
8. Kemajuan atau kurangnya kemajuan menuju tujuan diidentifikasi secara periodik didokumentasikan dengan reprioritization atau revisi tujuan yang tepat.
9. Implementai dijelaskan kepada rekan-rekan, profesional dari disiplin lain, dan pasien, dan penegasan pada kesesuaian implementai dicari.

7) **Standar VII : Evaluasi**

Evaluasi adalah langkah kelima dalam proses keperawatan. Dalam langkah ini perawat menentukan kemajuan seseorang menuju tujuan pertemuan kes-ehatan, nilai rencana keperawatan perawatan dalam mencapai tujuan terse-but,dan kualitas keseluruhan perawatan yang diterima oleh orang tersebut. Ada beberapa kesimpulan yang dapat ditarik dan tindakan yang mungkin hasil dari langkah evaluasi.

Asuhan keperawatan merupakan proses dinamis yang melibatkan perubahan status kesehatan pasien dari waktu ke waktu, sehingga menimbulkan kebu-tuhan akan data baru, diagnosa yang berbeda, dan modifikasi dalam rencana perawatan. Oleh karena itu, evaluasi merupakan proses yang berkesinam-bungan menilai pengaruh intervensi keperawatan dan rejimen pengobatan pada status kesehatan konsumen dan hasil kesehatan yang diharapkan.

Kriteria Pengukuran

1. Evaluasi bersifat sistematis dan terus-menerus.
2. Alat evaluatif sesuai digunakan.
3. Tanggapan konsumen terhadap intervensi didokumentasikan.

4. Konsumen, orang lain yang signifikan, dan anggota tim yang terlibat dalam proses evaluasi, sebanyak mungkin, untuk memastikan tingkat konsumen kepuasan dengan perawatan dan mengevaluasi biaya dan manfaat yang terkait dengan proses pengobatan.
5. Efektivitas implementasi sehubungan dengan hasil dievaluasi.
6. Data hasil pengkaijian yang digunakan untuk merevisi diagnosa, hasil, dan rencana perawatan yang diperlukan.
7. Revisi dalam diagnosis, hasil, dan rencana perawatan didokumentasikan.
8. Revisi rencana untuk menyediakan kesinambungan perawatan.

Rangkuman

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat.

Dalam pelaksanaannya, perawat perlu membuat standar dokumentasi untuk menunjukkan arah dokumen dalam penyimpanan dan tehnik pencatatan yang benar. Oleh karena itu standar harus dipahami oleh teman sejawat dan tenaga kesehatan professional lainnya.

Untuk mencapai kualitas dokumentasi yang diharapkan diperlukan standar asuhan keperawatan disertai dengan upaya pencapaian indikator tersebut.

Tugas Mandiri

1. Jelaskan mengapa standar dokumentasi keperawatan sangat diperlukan oleh perawat?
2. Menurut saudara, perlukah tempat kerja saudara memerlukan system pendokumentasian yang di bakukan?Bagamaina langkah suadara untuk mencapai hal tersebut?
3. Sudahkah anda melaksanakan pendokumentasian dalam pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan standar?Standar apa yang anda gunakan?Perlukah anda kembangkan?Bagaimana caranya?

Tes Formatif

Pelajari dengan baik sampai saudara memahami materi yang ada pada kegiatan belajar 2, setelah itu silahkan menjawab soal di bawah ini. Perhatian: pada saat mengerjakan tes formatif dimohon untuk tidak membaca umpan balik terutama kunci jawaban yang tersedia

Petunjuk I Pilihlah salah satu jawaban yang saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang pada option yang tersedia

Petunjuk II Pilihlah jawaban yang tersedia bila

A. 1,2,3 benar
B 1,3 benar
C. 2,4 benar
D. 4 benar
E. 1,2,3,4 benar

1. Tujuan standar dokumentasi keperawatan dibuat adalah

   a. Memberikan arah pelaksanaan standar yang diharapkan profesi. Menjadi dasar bagi penentuan strategi perencanaan

   b. Membantu perawat memudahkan dokumentasi

   c. Mendukung upaya pelayanan kesehatan

   d. Memberikan dasar untuk pembuatan dokumentasi elektronik

   e. Membantu mempermudah proses dokumentasi

2. Berikut ini merupakan karakteristik standar keperawatan secara umum adalah:

   1. Standar di buat dan di bentuk oleh organisasi pekerja

   2. Berdasarkan pada definisi keperawatan dan proses keperawatan yang sudah ditentukan

   3. Menjelaskan kondisi pelayanan minimal yang harus dilakukan oleh perawat

   4. Dapat diterapkan oleh perawat pada semua tatanan pelayanan kesehatan

3. Pernyataan di bawah ini yang merupakan tanggung jawab perawat secara independen dalam kegiatan dokumentasi adalah
   1. Menjaga akurasi, terhadap catatan pelayan keperawatan.
   2. Melaporkan hasil tindakan keperawatan kepada atasan
   3. Mencatat semua tindakan keperawatan pasien/mencatat semua respon terhadap tindakan
   4. Mengukur pemeriksaan EKG untuk dilaporkan pada dokter

4. Kegiatan perawat dalam pelaksanaan standar dokumentasi keperawatan dalam lingkup kegiatan Interdependen
   1. Pengukuran vital sign
   2. Melakukan suction
   3. Merubah posisi
   4. Memberikan injeksi

5. Melindungi pasien jika tindakan dan keselamatannya terancam yang diakibatkan oleh orang lain yang tidak kompeten, tidak etis dan ilegal , merupakan standar

   A. Standar independen

   B. Standar profesional

   C. Standar interdependen

   D. Standar tanggung jawab dan gugat

   E. Standar Tindakan Keperawatan

Umpan Balik

Apakah saudara sudah mengerjakan tugas mandiri? Bagaimana menurut anda? Apakah anda sudah bias memahami materi tersebut? Berdasarkan konsep yang telah dipelajari, bagaimana dengan pelaksanaan di tempat saudara bekerja? Bagaimana dengan test formatif anda? Coba cek ulang berdasarkan kunci jawaban yang tersedia(1. A, 2. C, 3. A, 4. A, 5. E). Berapa yang benar? Minimal 3 benar jika telah lebih berarti anda telah siap untuk melanjutkan pada kegiatan belajar berikutnya.

Model Dokumentasi Keperawatan

Kegiatan Belajar III

Tujuan Pembelajaran Umum
Tujuan Pembelajaran Khusus

TUJUAN
Pembelajaran Umum

Setelah melaksanakan kegiatan pembelajaran 3 ini diharapkan peserta didikmampu memahami berbagai model dokumentasi keperawatan.

TUJUAN
Pembelajaran Khusus

Setelah Mempelajari kegiatan belajar 3, diharapkan saurdara mampu :

a. Menjelaskan model pendokumentasian POR (*Problem Oriented Record)*

b. Menjelaskan model pendokumentasian SOR*(Source Oriented Record)*

c. Menjelaskan model pendokumentasian CBE *(Charting by Exception)*

d. Menjelaskan model pendokumentasian Catatan berorientasi pada perkembangan(*Progress Oriented Record*

e. Menjelaskan model pendokumentasian*Problem Intervention & Evaluation* (PIE)

f. Menjelaskan model pendokumentasian *Focus (Process Oriented System)*

g. Menjelaskan keuntungan maupun kerugian menggunakan masing- masing model dokumentasi

Saudara, materi yang akan saudara pelajari pada kegiatan belajar 3 adalah tentang pengertian kode etik keperawatan dan tujuan dari kode etik keperawatan. Saudara pun akan mempelajari tentang kode etik keperawatan yang diterbitkan oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) dan ICN (*International Council of Nursing*).

Uraian Materi

Dokumentasi dalam pelayanan keperawatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam pelayanan keperawatan yang komprehensif. Kualitas pelayanan tim keperawatan dapat diukur melalui kelengkapan dokumen perawatan yang ada. Oleh karena itu dokumentasi perawatan sangat yang bisa dipertanggung jawabkan secara profesional.

Mengingat betapa pentingnya dokumentasi keperawatan dalam menjamin terselenggaranya pelanyanan keperawatan yang komprehensif, maka kami sampaikan beberapa model dokumentasi, yang dalam pelaksanaannya penggunaan model ini didasarkan pada karakteristik tatanan pelayanan yang diharapkan.

Model pendokumentasian adalah merupakan cara menggunakan dokumentasi dalam penerapan proses asuhan. Ada 6 model dokumentasi yang dapat digunakan di dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia yaitu sebagai berikut : 1) SOR (Source – Oriented Record), 2) POR (Problem – Oriented Record), 3) Progress Notes, 4) CBE (Charting By Exception), 5) PIE (Problems Intervention & Evaluation), 6) Focus.

1. SOR (*Source Oriented record*)

1) Pengertian

Sistem model pendokumentasian ini berorientasi pada sumber informasi. Dokumentasi ini memungkinkan setiap anggota tim kesehatan membuat catatannya sendiri dari hasil observasi. Hasil pengkajian tersebut dikumpulkan menjadi satu. Setiap anggota dapat melaksanakan aktifitas profesionalnya secara mandiri tanpa tergantung dengan tim kesehatan lainnya.

Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Bagian penerimaan klien mempunyai lembar isian tersendiri, dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembaran riwayat penyakit dan perkembangan penyakit, perawat menggunakan catatan keperawatan, begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing-masing.

2) Komponen

1. Catatan berorientasi pada sumber terdiri dari beberapa komponen, yaitu:
   2.1 Lembar penerimaan berisi biodata.
   2.2 Catatan dr dokter

   2.3 Riwayat medik/penyakit.
   2.4 Catatan perawat.
   2.5 Catatan danlaporan khusus.

   2.6 Formulir grafik

   2.7 Format pemberian obat

   2.8 Format catatan perawat

   2.9 Riwayat penyakit/perawatan/pemeriksaan

   2.10 Perkembangan pasien

   2.11 Format pemeriksaan laboratorium, x-Ray, dll

   2.12 Formulir masuk RS

   2.13 Formulir utk operasi yang ditandatangani oleh pasien/keluarga

3) Keuntungan

3.1 Data disajikan secara berurutan dan mudah diidentifikasi

3.2 Memudahkan perawat untuk melakukan akses secara mandiri

informasi kesehatan pasien yang telah dicatat.

3.3 Format dapat menyederhanakan proses pencatatan masalah, kejadian, perubahan, intervensi dan respon klien atau hasil.

4) Kerugian

4.1 Risiko data yang terfragmentasi karena pencatatan dibuat tidak berdasarkan urutan waktu.

4.2 Data yang terdokumentasi kadang-kadang lebih sulit mencari data sebelumnya, tanpa harus mengulang pada awal.

4.3 Dokumentasi bersifat *superficial* tanpa data yang jelas.

4.4 Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien.

4.5 Pelaksanaan asuhan keperawatan memerlukan waktu lebih lama.

4.6 Perkembangan status kesehatan klien sulit di monitor.

Contoh format SOR

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
Tanggal/ bulan/ tahun	Waktu tindakan	P	□ Meliputi: 1) pengkajian, 2) identifikasi masalah, 3) perlunya rencana tindakan, 4) rencana segera, 5) intervensi, 6) penyelesaian masalah, 7) evaluasi efektifitas tindakan, dan 8) hasil □ Tanda tangan perawat
		D	□ Meliputi observasi keadaan pasien, evaluasi kema-juan, identifikasi masalah baru dan peneyelesaian lainnya, rencana tindakan dan pengobatan terbaru □ Tanda tangan dokter

		F	□ Meliputi hal-hal yang perlu dilakukan fisioterapi, masalah pasien, rencana, intervensi dan basil □ Tanda tangan fisioterapis

Sumber: P : Perawat

D : Dokter

F : Fisioterapis

G : Ahli Gizi

Tanda tangan & Tanggal

2. POR (*Problem Oriented Record*)

1) Pengertian

Model dokumentasi ini merupakan pengembangan dari dokumentasi model SOR. Dokumentasi ini merupakan alat yg efektif guna mendokumentasikan sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada klien. Pendokumentasian ini memungkinkan digunakan oleh multidisplin tenaga kesehatan dengan pendekatan pemecahan masalah.

Model pendokumentasian ini mengarahkan pada ide dan pemikiran anggota tim, sehingga masing-masing anggota tim bisa saling mengemukakan pandangannya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien.

Model ini juga memudahkan dalam perencanaan tindakan keperawatan dan memungkinkan antar anggota tim kesehatan saling berkomunikasi dengan baik.

Model ini memusatkan data tentang klien didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Sistem dokumentasi jenis ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien. Penekanannya tidak pada siapa yg memberi pelayanan, tapi pd masalah Untuk apa asuhan kesehatan klien itu diberikan,

Berikut ini beberapa istilah yang berhubungan dengan sistem pendokumen-tasian

model ini adalah

a) PORS : *Problem Oriented Record*, biasa dikenal sebagai model dokumen-tasi yang berorientasi pada masalah

b) POR : Problem Oriented Record

c) POMR : Problem Oriented Medical Record

d) PONR : *Problem Oriented Nursing Record*, yaitu Metode untuk menyusun data pasien yang diatur untuk mengidentifikasikan masalah keperawatandan medik yang dilamai oleh klien

2) Model dokumentasi POR terdiri dari empat komponen meliputi:

1) Data Dasar

Data dasar merupakan data yang diperoleh dari hasil pengkajian saat pasien pertama kali masuk rumah sakit. Data dasar pengkajian keper-awatan meliputi riwayat kesehatan/perawatan sebelumnya, pemeriksaan fisik keperawatan, diet dan pemeriksaan penunjang, seperti foto ront-gent, hasil laboratorium. Beradasarkan data yang diperoleh dari dasar ini dijadikan dasar untuk menentukan masalah klien.

2) Daftar Masalah

Daftar masalah berisi data yang telah diidentifikasi dari data dasar yang dikaterorikan sebagai masalah. Data masalah di susun secara kronologis sesuai dengan hasil identifikasi masalah prioritas. Data disusun pertama kali oleh tenaga kesehatan yang pertama kali bertemu klien atau orang yang diberi bertanggung jawab. Pengkategorian data dikelompokkan ber-dasarkan masalah fisiologis, psikologis, sosio kultural, spiritual, tumbuh kembang, ekonomi dan lingkungan. Daftar ini berada pada bagian depan status klien dan tiap masalah diberi tanggal, nomor, dirumuskan dan di-

cantumkan nama orang yang menemukan masalah tersebut.

Contoh:

Tanggal		**Masalah Klien**	**Diidentifikasi oleh**	Keterangan
	1A	Pasien Tn. Andi menderita CVA yang berakibat hemiple-gia kanan dan lemah pada sisi kanan tubuh, wajah tidak sime-tris	Dr. Doel	
	1B		Ns. Rahma	
	1C	Defisit asuhan mandiri	Ns. Aini	
	1D	(Kebersihan tubuh, eliminasi, makan)	Ns. Nunuk	
	2	Gangguan mobilitas fisik Inkontinensia total Disfa-sia progresif	Dr. Basuki	
		Gangguan penyesuaian sehu-bungan dengan stresor ke-hi-dupan dan dukungan sosial yang kurang	Ns. Titik	

3) Daftar Awal Rencana Asuhan

Rencana asuhan keperawatan disusun berdasarkan daftar prioritas mas-alah dan di tuliskan pada rencana asuhan keperawatan. Bilamana terdapat tindakan kolaborasi maka dokter akan menuliskan intruksinya pada catatan medis, kemudian diterjemahkan oleh perawat untuk di tuliskan pada ren-cana perawatan.

4) Catatan Perkembangan (*Progress Notes*)

Catatan perkembangan berisikan tentang kemajuan yang dialami oleh klien pada setiap masalah kesehatan yang dialaminya.

Setiap tim kesehatan yang terlibat merawat klien memberikan laporannya pada lembar catatan perkembangan yang sama, disusun sesuai dengan profesionalnya masing-masing

Berikut ini beberapa catatan perkembangan yang dapat digunakan antara lain:

1) SOAP (Subyektif data, Obyektif data, Analisis/Assesment dan Plan)
2) SOAPIER (SOAP ditambah Intervensi, Evaluasi dan Revisi)
3) PIE (Problem – Intervensi – Evaluasi)

Dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan, catatan perkembangan (*progress notes)* terdiri dari tiga jenis, yaitu

a. *Catatan perawat*

Catatan perawat harus ditulis oleh perawat setiap 24 jam, dokumentasi keperawatanberisi informasi tentang :

1) Pengkajian
2) Intervensi keperawatan mandiri
3) Intervensi keperawatan kolaboratif / instruksi dokter
4) Evaluasi keberhasilan tiap tindakan keperawatan
5)Tindakan yg dilakukan oleh dokter tetapi mempengaruhi tindakan keperawatan
6)Kunjungan berbagai team kesehatan misalnya ; visite dokter, pekerja sosial dan lain lain.

b. *Lembar alur (Flowsheet)*

Lembar ini digunakan oleh perawat untuk mencatat hasil observasi maupun pengukuran yang telah dilakukan seperti data tentang vital sign, berat badan serta pemberian obat, yang tidak perlu di catat secara naratif.

Selain itu tim kesehatan lainnya dapat dengan mudah mengakses keadaan klien hanya dengan melihat grafik yang ada di Flowsheet. Sehingga Flow-sheet lebih sering digunakan di IGD, terutama data fisiologis.

Contoh format Model POR

Data Dasar	Daftar Masalah	Rencana Tindakan	Catatan Perkembangan
Data Sub-yektif Data Obyektif		1. 2. 3.Dst	S 0 A P I R
Data Sub-yektif Data Obyektif		1. 2 3 dst	S 0 A P I E R

c. *Discharge Notes (Catatan Pemulangan dan ringkasan rujukan)*

1. Pengertian

Model pendoukumentasian ini akan lebih sesuai untuk pasien yang akan dipilangkan atau dipindahkan pada ruang perawatan lainnya untuk perawatan lanjutan. Catatan ini juga ditujukan bagi tenaga kesehatan yang akan melanjutkan perawatan dengan *home care* dan informasi untuk lanjutan.

1) Informasi untuk tenaga kesehatan berisi tentang:

a. Mengambarkan tindakan keperawatan yang dilakukan

b. Menjelaskan tentang informasi yang akan disampaikan pada klien

c. Menjelaskan kemajuan perkembangan yang telah dialami klien terutama ketrampilan tertentu seperti klien yang menderita stroke sudah mampu berjalan sendiri.

d. Menjelaskan keterlibatan anggota keluarga dalam pemberian asuhan keperawatan.

e. Menguraiakan sumber daya yang diperlukan di rumah.

2) Informasi untuk klien hendaknya berisi tentang:

a. Menggunakan bahasa yang singkat jelas dan mudah dipahami oleh klien.

b. Menjelaskan prosedur tindakan tertentu yang bisa dilakukan keluarga saat di rumah, misalnya cara menggunakan obat di rumah, perlu diberi petunjuk tertulis.

c. Mengidentifikasi tindakan pencegahan yang perlu diikuti ketika melakukan asuhan mandiri.

d. Memberikan daftar nama dan nomor telepon tenaga kesehatan yang dapat dihubungi klien.

2) Keuntungan

a. Data yang perlu diintervensi dijabarkan dalam rencana tindakan keperawatan

b. Kesinambungan pelaksanan asuhan keperawatan terdokumentasi dengan baik

c. Hasil evaluasi dan penyelesaian masalah disusun secara jelas. Data disusun berdasarkan masalah yang spesifik

d. Fokus catatan asuhan keperawatan lebih menekankan pada masalah klien dan proses penyelesaian masalah dari pada tugas dokumentasi

e. Daftar masalah merupakan "checklist" untuk diagnosa keperawatan dan masalah klien. Daftar masalah dibuat untuk mengingatkan per-awat agar mendapatkan perhatiannya.

3) Kerugian

a. Dapat menimbulkan kebingungan karena setiap informasi yang ma suk dalam dicatat pada daftar masalah

b. Penekanan pada hanya berdasarkan masalah yang di keluhkan klien, sedangkan kondisi tentang penyakit dan ketidak mampuan tidak ter gali dengan baik sehingga mengakibatkan pada pendekatan pengo batan yang menjadi negatif

c. Kemungkinan muncul kesulitan bilamana daftar masalah belum dilakukan tindakan atau timbulnya masalah yang baru dikeluhkan oleh klien.

d. SOAPIER dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu, jika ser ing adanya target evaluasi dan tujuan perkembangan klien sangat lambat

e. Perawatan yang rutin mungkin diabaikan dalam pencatatan jika flow sheet untuk pencatatan tidak tersedia

f. P (dalam SOAP) mungkin terjadi duplikasi dengan rencana tindakan keperawatan

Test Formatif

3) Model dokumentasi CBE (Charting By Exeption)

1) Pengertian

Model dokumentasi ini hanya mencatat secara naratif hasil pengkajian yang menyimpang dari data normal atau standar yang ada. Model pen-dokumentasian seperti ini mengurangi penggunaan waktu yang lama, karena lebih menekankan pada data yang penting saja, mudah untuk mencari data yang penting, pencatatan langsung ketika memberikan asu-han, pengkajian yang terstandar, meningkatkan komunikasi antara tenaga kesehatan, lebih mudah melacak respons klien dan lebih murah.

Dokumentasi model CBE mengidentifikasikan tiga komponen penting, yaitu :

a. Lembar alur (*flowsheet*)

b. Pencatatan dilaksanakan berdasarkan standar praktik

c. Format dokumentasi diletakkan di tempat tidur klien sehingga dapat segera

digunakan untuk pencatatan dan tidak perlu memindakan data.

2) Keuntungan

a. Tersusunnya standar minimal untuk pengkajian dan intervensi.

b. Data yang tidak normal nampak jelas, sehingga mudah ditandai dan dipahami

c. Data normal atau respon yang diharapkan tidak menganggu informasi lain

d. Pencatatan lebih fokus dan duplikasi dapat dihindari

Kunci Jawaban Test Formatif

Kegiatan Belajar IV

Tujuan Pembelajaran Umum
Tujuan Pembelajaran Khusus

TUJUAN
Pembelajaran Umum

pada kegiatan belajar 4 ini adalah : "Setelah mempelajari sistem penginderaan, anda diharapkan mampu memahami sistem penginderaan".

TUJUAN
Pembelajaran Khusus

Pada kegiatan belajar ini adalah : Setelah mempelajari sistem penginderaan, anda diharapkan mampu menjelaskan sistem penginderaan (penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap dan peraba).

Pokok-Pokok Materi yang akan anda pelajari pada kegiatan belajar ini meliputi :

a. Sistem penginderaan
b. penglihatan
c. pendengaran
d. penciuman
e. pengecap dan peraba

Uraian Materi

Rangkuman

Test Formatif

Tugas Mandiri

Kegiatan Belajar V

Tujuan Pembelajaran Umum
Tujuan Pembelajaran Khusus

TUJUAN
Pembelajaran Umum

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar ini Anda diharapkan mampu memahami anatomi dan fisiologi sistem endokrin.

TUJUAN
Pembelajaran Khusus

Setelah menyelesaikan pelajaran ini pada BAB I ini Anda diharapkan mampu:

1. Menjelaskan anatomi sistem endokrin
2. Menjelaskan fisiologi sistem endokrin.
3. Menyebutkan organ-organ sistem endokrin.

Pokok – Pokok Materi

- Pengertia Hormon
- Fungsi hormon
- Anatomi sistem endokrin
- Kelenjar endokrin dan hormon yang dihasilkan
- Hipotalames
- Hipofise
- Tiroid
- Fungsi endokrin

Uraian Materi

Rangkuman

Test Formatif

Daftar Isi